

Las terapias logran mantener el estrógeno en las concentraciones requeridas

Por Nabal José Bracero,
MD, FACOG

Especial para Suplementos

La endometriosis es una condición que impacta a 1 de cada 10 mujeres en edad reproductiva.

Esta enfermedad depende de la presencia de estrógeno. Se diagnostica al encontrar tejido de menstruación fuera del útero. Hay diferentes teorías sobre cómo se forma la endometriosis: desde la menstruación retrógrada hasta las deficiencias hormonales genéticas o heredadas.

Aunque no entendemos bien la patofisiología de la endometriosis, debemos estar alerta de sus signos y síntomas. La paciente puede presentar: dolor en la menstruación que la incapacita para ir a la escuela o trabajo, interrumpiendo sus funciones del diario; dolor pélvico crónico fuera del periodo de la menstruación, como puede ser durante la ovulación o el coito; y muchas mujeres con endometriosis también pueden sufrir de infertilidad.

Sabemos que para diagnosticar la endometriosis idealmente tendríamos que hacer una cirugía llamada laparoscopia. Durante una laparoscopia se visualiza la cavidad abdominal y pélvica entrando por el ombligo con una cámara. Gracias a la tecnología y al desarrollo de nuevas modalidades de estudios de imagen realizados en la oficina del médico, podemos sospechar endometriosis a través de métodos no quirúrgicos como la sonografía.

En el manejo moderno de la endometriosis, como primera línea de diagnóstico, no es necesario hacer una laparoscopia



MEDICAMENTOS NOVELES

TRATAN CON EFECTIVIDAD LA ENDOMETRIOSIS

siempre. Sin embargo, si se está afectando algún órgano que pueda poner en peligro a la paciente, se practica una laparoscopia operatoria para resolver el problema.

Una parte esencial de la planificación preoperatoria es determinar la extensión de la endometriosis y el involucramiento de los órganos pélvicos impactados por la enfermedad. Con una buena evaluación preoperatoria, el cirujano pélvico puede orientar mejor a la paciente acerca del tratamiento intraoperatorio. Además, se discute la posible necesidad de

involucrar a otros especialistas quirúrgicos, tales como los urólogos y los cirujanos colorrectales.

La mejor laparoscopia es la que logra remover tanta endometriosis como pueda ser posible de forma segura, respetando los deseos reproductivos de la paciente.

Los tratamientos médicos para el dolor pélvico asociado a la endometriosis incluyen el uso de pastillas anticonceptivas sin menstruación (no tomando los placebos), medicamentos que quitan la menstruación por un periodo de

tiempo prolongado y los dispositivos intrauterinos de progestina. Entre los medicamentos que suprimen la menstruación están los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH). Por décadas, estos análogos de GnRH se administraron efectivamente de forma inyectable. Recientemente, han surgido nuevos análogos de GnRH, tales como el elagolix, que logran suprimir oralmente el estrógeno circulante por debajo de los niveles que promueven la endometriosis. A la misma vez, estas nuevas te-

rapias logran mantener el estrógeno en las concentraciones requeridas por los huesos y otros tejidos de la mujer. De esta forma, podremos atacar la endometriosis eficientemente, por más tiempo, sin los efectos secundarios del hipoposterogenismo. Estos medicamentos tienen el potencial de revolucionar el manejo crónico de esta terrible y enigmática enfermedad.

Es importante señalar que no todas las pacientes que tienen endometriosis tendrán problemas de dolor pélvico o infertilidad. Muchas pacientes

tienen endometriosis asintomática, que nunca afectó su capacidad reproductiva, encontrándose implantes pélvicos durante cirugías por otra indicación. Sin embargo, aquellas pacientes con endometriosis e infertilidad deben ser evaluadas lo más pronto posible ya que las posibilidades de embarazo disminuyen dramáticamente según avanza la edad. Es altamente recomendado el medir la función ovárica previo a cualquier cirugía de endometriosis (especialmente si hay un endometrioma ovárico o quiste de endometriosis). La evaluación de la reserva ovulatoria se realiza con niveles en sangre de FSH (hormona foliculoestimulante) y estradiol al tercer día de la regla, o con AMH (hormona antimuleriana) en cualquier momento del ciclo. La AMH se puede medir, inclusive, si la paciente está utilizando pastillas anticonceptivas o un agonista de GnRH. La evidencia sugiere que la cirugía para remover endometriomas de menos de 4 cm no beneficia a las mujeres asintomáticas que sufren de infertilidad.

Debemos sospechar endometriosis tan pronto una paciente se queja de dolor en la menstruación, de dolores que no sean comunes o de infertilidad que no tenga una explicación clara. Es mejor actuar en las edades tempranas de la paciente para evitar que la condición progrese, distorsione la anatomía pélvica y ponga en riesgo la salud y fecundidad de la mujer. Si tú o un familiar tuyo tiene dolor de menstruación que es incapacitante o que empeora paulatinamente, busca ayuda. Podrías tener endometriosis y existe gran beneficio en ser evaluada y diagnosticada temprano en la vida reproductiva.

El autor es especialista en endocrinología reproductiva e infertilidad; director médico de GENES fertility institute; catedrático auxiliar en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico; chairman de ACOG Puerto Rico Section y presidente de PROGyn, Inc. Para información, llama al 787-767-2220.